

Maciej Wojciech Pilecki, Barbara Józefik

Związek obrazu siebie z depresyjnością u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się

The relationship between self-image and depressiveness amongst girls with various types of eating disorders

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba
Correspondence to: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 21 A, 31-501 Kraków, tel.: 012 424 87 40, faks: 012 424 87 44, e-mail: mzpileck@cyf-kr.edu.pl, jozefik@psych.cm-uj.krakow.pl
Badania przeprowadzono w oparciu o fundusze KBN (nr grantu: 6 POSE 09021), po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UJ CM
Examinations were conducted based on KBN funds (grant number: 6 POSE 09021); the authors gained the consent of the Bioethics Committee at the Collegium Medicum of the Jagiellonian University

Streszczenie

Celem badania jest ocena depresyjności w poszczególnych grupach zaburzeń odżywiania się oraz ocena związku objawów depresyjnych z obrazem siebie w grupie pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, zaburzeń depresyjnych oraz wśród uczennic szkół krakowskich. **Badana grupa:** W analizach statystycznych użyto danych 54 pacjentek z rozpoznaniem anoreksji restrykcyjnej (ANR), 22 z rozpoznaniem anoreksji żarłoczno-wydalającej (ANB), 36 z rozpoznaniem bulimii (BUL), 36 z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (DEP) oraz 85 uczennic szkół krakowskich (KON). **Metoda:** W analizach użyto wyników polskich wersji Inwentarza Depresji Becka (BDI) oraz Kwestionariusza Obrazu Siebie D. Offera (OSIQ). Zbadano różnice między 5 grupami w zakresie otrzymanych wyników BDI. Przeprowadzono również analizę korelacji pomiędzy BDI a OSIQ. **Wyniki:** Różnice między 5 grupami w zakresie otrzymanych wyników BDI okazały się istotne statystycznie ($F_{4,223}=24,67$; $p<,001$). W celu zbadania różnic pomiędzy grupami użyto testu *post hoc* T2 Tamhane'a. W grupie KON średni wynik BDI wyniósł 10,40 (SD 8,55) punktu, w grupie ANR – 17,34 (SD 10,91), ANB – 28,05 (SD 14,69), BUL – 29,55 (SD 11,47), DEP – 23,46 (SD 13,93). Istotne statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy średnimi KON a wszystkimi grupami klinicznymi oraz grupą ANR a ANB i BUL. We wszystkich badanych grupach obserwowaną zależnością było powiązanie narastającej depresyjności mierzonej BDI z pogorszeniem obrazu siebie mierzonego OSIQ. Zależność ta dotyczyła wszystkich skal z wyjątkiem skali Relacji seksualnych w grupach KON i DEP, Wykształcenia i celów zawodowych oraz Relacji rodzinnych w grupie ANR. W grupie BUL brak zależności dotyczył także skal Wykształcenia i celów zawodowych oraz Relacji rodzinnych, a także dodatkowo skal Dobre przystosowanie oraz Radzenie sobie. Najmniej, bo tylko trzy istotne zależności obserwowano w grupie ANB. Z uwagi na stwierdzoną istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami ANR a BUL w kontekście wieku pacjentek (pacjentki z grupy ANR okazały się młodsze) przeprowadzono również analizę związku wyników BDI z wiekiem pacjentek. Związek taki nie wystąpił ani w analizie w całej grupie zaburzeń odżywiania się, ani w poszczególnych grupach diagnostycznych. **Wnioski:** Otrzymane wyniki wskazują na niejednorodność grupy zaburzeń odżywiania się w kontekście samooceny obecności objawów depresyjnych mierzonej BDI. Poziom depresyjności mierzonej BDI pomiędzy poszczególnymi typami zaburzeń odżywiania się może wpływać na obserwowane różnice w obrazie siebie pacjentek mierzonym OSIQ. Zarazem niektóre specyficzne dla poszczególnych grup diagnostycznych aspekty obrazu siebie pozostają niepowiązane z depresyjnością.

Słowa kluczowe: obraz siebie, depresja, zaburzenia odżywiania się, współwystępowanie, psychodynamiczne rozumienie

Summary

The aim of this study was to assess severity of depression in various types of eating disorders and correlation between depressive symptoms and self-image in a group of girls with diagnosed eating disorders, depressive disorders and in a control group of age-matched schoolgirls from the Krakow area. **Study population:** Statistical analysis encompassed 54 patients with a diagnosis of anorexia nervosa restrictive type (ANR), 22 girls with anorexia nervosa – binge eating/purging type (ANB), 36 girls with bulimia (BUL), 36 with a diagnosis of depressive disorders (DEP) and 85 schoolgirls from Krakow metropolitan area (KON). **Method:** Polish version of Beck Depression Inventory (BDI) and Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) were used in the analysis. Analysed were differences in BDI scores between the above-mentioned 5 groups, as well as correlations between BDI and OSIQ scores. **Results:** Intergroup differences in BDI scores proved statistically significant ($F_{4,223}=24.67$; $p<0.001$). In order to assess intergroup differences, the Tamhane T2 post hoc test was used. In the KON group, mean BDI score was 10.40 (SD 8.55), in the ANR group – 17.34 (SD 10.91), in ANB – 28.05 (SD 14.69), in BUL – 29.55 (SD 11.47) and in DEP – 23.46 (SD 13.93). Significant differences were noticed between mean scores obtained in the KON group and all other clinical group, as well as between ANR, ANB and BUL groups. In all groups examined, we observed a correlation between increasing depressiveness measured by BDI score and deterioration of self-image measured by OSIQ score. This dependency was seen in all scales except Sexual Attitudes scale in KON and DEP groups, in the Vocational and Educational Goals scale and Family Attitudes scale in ANR group. In the BUL group, lack of correlations was seen in Vocational and Educational Goals' scale and Family Attitudes scale, as well as in Superior Adjustment and Mastery of External World scale. Smallest number (3) of significant correlations was noticed in the ANB group. Due to a significant difference between ANR and BUL groups in the patients' age (those in the ANR group were younger), correlation of BDI score with patients' age was analysed too. Such a correlation could not be demonstrated neither in the analysis of the entire group of eating disorders, nor in particular diagnostic subgroups. **Conclusions:** Results obtained indicate a heterogeneity of groups of eating disorders in the context of self-image and presence of depressive symptoms measure by the BDI scale. Level of depressiveness measured by the BDI score in particular groups of eating disorders may influence differences noticed in self-image of these patients, as measured by the OSIQ scale. Furthermore, some aspects of self-image specific for particular diagnostic groups are not associated with depressiveness.

Key words: self-image, depression, eating disorders, comorbidity, psychodynamic understanding

KONTEKST PODJĘCIA BADAŃ

Obraz siebie stanowi strukturę integrującą i stabilizującą działania oraz sposób myślenia o sobie i świecie^(1,2). Zaburzenia obrazu siebie, będące w szerszym kontekście wyrazem zaburzenia przeżywania siebie, mogą być traktowane jako wyraz nieprawidłowości w kształtowaniu się cech osobowości. Z kolei dekompensacja objawowa w zaburzeniach odżywiania się bywa rozumiana jako wynik różnorodnych procesów wiodących do zaburzeń przeżywania siebie, wyprzedzających niekiedy znacznie pojawienie się samych objawów⁽³⁻⁶⁾. Z tego względu ocena obrazu siebie stanowi jeden z kierunków badań nad zaburzeniami odżywiania się⁽⁷⁻¹¹⁾. Jednym z narzędzi do badania obrazu siebie jest Kwestionariusz Obrazu Siebie D. Offera (OSIQ). Autor za punkt wyjścia do stworzenia narzędzia przyjął zarówno psychodynamiczne podstawy rozumienia pojęcia obrazu siebie, jak i swoje wieloletnie obserwacje empiryczne⁽¹²⁾. W badaniu Pileckiego i Józefik⁽¹¹⁾ z użyciem kwestionariusza D. Offera prowadzonym na populacji 112 pacjentek z rozpoznaniem anoreksji o typie restrykcyjnym, anoreksji o typie wydalająco-przeciszczającym, bulimii, depresji oraz uczennic krakowskich szkół okazało się, iż grupa dziewcząt z restrykcyjnym podtypem jadłowstrętu psychicznego różniła się istotnie statystycznie od grupy uczennic na niekorzyść jedynie w 2 skalach (Emocjonalny ton oraz Obraz własnego ciała), grupa anoreksji o typie żarłoczno-wydalającym – w 5 skalach, grupa bulimii – w 7 skalach, a grupa depresji – w 8 skalach.

CONTEXT OF STUDY

Self-image is a structure integrating and stabilising a person's activity and a way of perceiving self and surrounding world^(1,2). Disturbed self-image, in a broad context reflecting disturbed self-perception, may be considered an expression of inadequate formation of personality features. On the other hand, symptomatic decompensation in eating disorders may be considered a result of various processes leading to disturbed self-experience, sometimes preceding for many years the development of symptoms themselves⁽³⁻⁶⁾. Therefore, assessment of self-image constitutes one of the lines of research on eating disorders⁽⁷⁻¹¹⁾. One of the instruments used to assess self-image is the Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ). This instrument is based both on psychodynamic concepts of understanding self-image, and on the author's years' long empiric observations⁽¹²⁾. In the study by Pilecki and Józefik⁽¹¹⁾ using the Offer's questionnaire and encompassing 112 patients diagnosed with anorexia nervosa – restrictive type, anorexia nervosa – binge eating/purging type, bulimia, depression and schoolgirls from Krakow schools, it turned out that the subgroup of girls with anorexia nervosa – restrictive type significantly differed unfavourably from schoolgirls in the control group in 2 scales only (Emotional profile and Self-Image), those with anorexia nervosa – binge eating/purging type – in 5 scales, those with bulimia – in 7 scales and those with depression – in 8 scales. No significant differences in any of the scales was seen between

Pomiędzy grupą dziewcząt depresyjnych a bulimicznych oraz grupą anoreksji o typie żarłoczno-wydalającym nie wystąpiła istotna statystycznie różnica w żadnej ze skal. W skali Relacje rodzinne dziewczęta z grupy anoreksji restrykcyjnej różniły się od wszystkich pozostałych grup klinicznych, uzyskując wyniki zbliżone do grupy dziewcząt zdrowych. Jedynie w skali Obraz własnego ciała wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą zdrową a wszystkimi trzema grupami zaburzeń odżywiania się. Otrzymany wynik jest w dużym stopniu zbieżny z badaniami Erkolahti⁽⁹⁾ porównującymi grupę pacjentek anorektycznych i bulimicznych. Wyodrębnienie objawów objadania się i przeczyszczania u pacjentek z rozpoznaniem anoreksji wydaje się obserwowaną różnicę jeszcze zaostrzać.

Pojawia się pytanie o uwarunkowania tak zróżnicowanych wyników otrzymanych przez dziewczęta prezentujące objawy różnych typów zaburzeń odżywiania się, szczególnie że w cytowanym badaniu Pileckiego i Józefik u 28 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się (10 – ANR, 4 – ANB, 14 – BUL) obecne były również objawy depresyjne. U 4 pacjentek z rozpoznaniem depresji były obserwowane subkliniczne objawy bulimiczne. Z tego też powodu zdecydowano się na analizę związku obrazu siebie z depresyjnością.

CEL BADANIA

Celem badania jest ocena depresyjności w poszczególnych grupach zaburzeń odżywiania się oraz ocena związku objawów depresyjnych z obrazem siebie w grupie pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się, zaburzeń depresyjnych oraz w grupie uczennic szkół krakowskich.

BADANA GRUPA

W analizach statystycznych użyto danych 54 pacjentek z rozpoznaniem według DSM-IV anoreksji restrykcyjnej (ANR), 22 z rozpoznaniem anoreksji żarłoczno-wydalającej (ANB), 36 z rozpoznaniem bulimii (BUL), 36 z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (DEP), konsultowanych w poradni przyklinicznej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz 85 uczennic szkół krakowskich (KON). Z analiz wyłączone 4 dziewczęta, u których nasilonej depresji według oceny psychiatry towarzyszyły nieznacznie nasilone objawy bulimii bądź atypowej bulimii. Osoby prezentujące objawy subkliniczne według DSM-IV (znaczną utratę masy mieszczącą się w obszarze prawidłowym, wymioty rzadsze niż dwa razy w tygodniu, wymioty po subiektywnych epizodach przejadania się) zostały dołączone do odpowiadających obrazowi klinicznemu grup głównych. Wybór dwóch powyższych grup kontrolnych związany był z chęcią określenia różnic charakterystycznych specyficznie dla zaburzeń odżywiania się.

METODA

W analizach użyto wyników Inwentarza Depresji Becka – BDI⁽¹³⁾ w polskiej wersji językowej, w którym ocena badanych dotyczyła ostatniego miesiąca. Z analizy wyłączone py-

depression group, bulimia group and anorexia nervosa – binge eating/purging type. In the Family Attitudes scale, girls with anorexia nervosa – restrictive type differed from all other clinical groups, obtaining scores similar to their healthy peers. Only in the Self-Image scale, significant differences between control group and all three types of eating disorders were noticed. Results obtained are generally concordant with those reported by Erkolahti⁽⁹⁾, who compared groups of anorectic and bulimic female patients. Further subdivision of anorectic patients depending on coexisting bulimia or purging, apparently enhances this difference even more.

A question arises concerning reasons for such discrepancy of scores obtained by girls presenting symptoms of various types of eating disorders, particularly in view of the above mentioned study by Pilecki and Józefik, where 28 female patients with eating disorders (ANR – 10, ANB – 4, BUL – 14) also demonstrated symptoms of depression. Four patients with depression also presented subclinical signs of bulimia. Therefore, we decided to analyse the relationship between self-image and depressiveness.

AIM OF THE STUDY

The aim of this study was to assess severity of depressiveness in particular groups of patients with eating disorders, as well as correlations between depressive symptoms and self-image in groups of female patients with a diagnosis of eating disorders, depressive disorders and in a group of healthy schoolgirls from Krakow.

STUDY POPULATION

Statistical analyses are based on data obtained from 54 girls diagnosed (acc. to DSM-IV) with anorexia nervosa – restrictive type (ANR), 22 girls with anorexia nervosa – binge eating/purging type (ANB), 36 with bulimia (BUL), 36 with depression (DEP) treated at the Outpatient Consultation Unit of the Department of Child and Adolescent Psychiatry of the University Hospital in Krakow, Poland, as well as on those obtained from 85 schoolgirls from Krakow schools (KON). Four girls were excluded from the analysis, where, according to a psychiatrist's opinion, severe depression coexisted with mild symptoms of bulimia or atypical bulimia. Persons presenting subclinical symptoms (acc. to DSM-IV) – significant loss of weight still within normal range, vomiting less than twice-a-week, vomiting after subjective episodes of over-eating – were added to main groups according to the overall clinical picture. Selection of both above-mentioned control groups was dictated by our wish to determine differences specific for particular types of eating disorders.

METHOD

In this paper, we used Polish version of the Beck Depression Inventory (BDI)⁽¹³⁾, where the responders' assessment was limited to the past month. Another instrument used was the Of-

tanie o utratę masy ciała. W badaniu posłużono się również Kwestionariuszem Obrazu Siebie D. Offera – OSIQ (The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents)⁽¹⁴⁾, w polskim tłumaczeniu Bomby oraz adaptacji Badury-Madej i wsp.⁽¹⁵⁾ Analizę OSIQ przeprowadzono na wynikach standaryzowanych, gdzie wyższy wynik oznacza lepsze przystosowanie się.

WYNIKI

Zbadano różnice między 5 grupami w zakresie wyników BDI, uzyskując wyniki istotne statystycznie ($F_{4,223}=24,67$; $p<,001$) (tabela 1). W celu ustalenia, która grupa różni się od której, użyto testu *post hoc* T2 Tamhane’a. Wyniki zostały przedstawione w tabeli 2 oraz na rys. 1. Najwyższe wyniki w BDI otrzymała grupa BUL – 28,92 (SD 11,47) oraz ANB – 28,05 (SD 14,69). Najniższy wynik – 10,40 (SD 8,55) uzyskały dziewczęta z grupy KON. W grupie ANR uzyskano wynik 17,34 (SD 10,91), w grupie DEP – 23,46 (SD 13,93). Istotne statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy grupą KON a wszystkimi grupami klinicznymi oraz ANR a BUL.

Przeprowadzono również analizę korelacji pomiędzy BDI a OSIQ (tabela 3). We wszystkich badanych grupach obserwowaną zależnością było powiązanie narastającej depresyjności mierzonej BDI z pogorszeniem obrazu siebie mierzonego OSIQ (w badaniu tym nie zastosowano skali 5). Zależność ta dotyczyła wszystkich skal z wyjątkiem skali Relacji seksualnych w grupach KON i DEP, Wykształcenia i celów zawodowych oraz Relacji Rodzinnych w grupie ANR. W grupie BUL poza brakiem zależności obserwowanym w grupie ANR brak zależności dotyczył skal Dobre przystosowanie oraz Radzenie sobie. Najmniej, bo tylko trzy istotne zależności obserwowano w grupie ANB.

Z uwagi na stwierdzoną w badaniu Pileckiego i Józefik⁽¹¹⁾ istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami ANR a BUL w kontekście wieku pacjentek (pacjentki z grupy ANR okazały się młodsze) przeprowadzono również analizę związku wyników BDI z wiekiem pacjentek. Związek taki nie wystąpił ani w analizie w całej grupie zaburzeń odżywiania się, ani w poszczególnych grupach diagnostycznych.

OMÓWIENIE

W literaturze przedmiotu można znaleźć dość jednoznaczne dane o częstszym występowaniu depresyjności w bulimii, anoreksji z objawami bulimicznymi niż anoreksji restrykcyjnej.

fer Self-Image Questionnaire for Adolescents (OSIQ)⁽¹⁴⁾ translated to Polish by J. Bomba and adapted by W. Badura-Madej et al.⁽¹⁵⁾ OSIQ analysis was performed using standardised results, where higher score means better adaptation.

RESULTS

Analysis of intergroup differences concerning BDI scores revealed statistically significant results ($F_{4,223}=24,67$; $p<,001$) (table 1). In order to determine which group differs from which, the Tamhane post hoc T2-test was used. Results are presented in table 2 and in fig. 1. Highest BDI scores were obtained in the BUL group – 28.92 (SD 11.47) and in the ANB group – 28.05 (SD 14.69). The lowest score obtained girls in the KON group – 10.40 (SD 8.55). Groups ANR and DEP obtained 17.34 (SD 10.91) and 23.46 (SD 13.93), respectively. Significant differences were seen between the KON group and all clinical groups and between ANR group and BUL group.

Correlation between BDI and OSIQ scores was assessed too (table 3). In all groups examined we noticed an association between increasing depressiveness (expressed by BDI score) and deterioration of self-image (measured by OSIQ score). This dependence was visible in all scales, except Sexual Attitudes scale in the groups KON and DEP and in Vocational and Educational Goals’ scale and Family Attitudes in the ANR group. In the BUL group, apart of lack of correlations seen already in the ANR group, similar lack of correlations was seen in Superior Adjustment and Mastery of External World scales. The lowest number of significant correlations was noticed in the ANB group. Due to statistically significant difference between groups ANR and BUL in the patients’ age seen in the study by Pilecki and Józefik⁽¹¹⁾ (patients in the ANR group were younger), correlation between are and BDI score was also analysed. No such correlation was demonstrated neither in the entire group of eating disorders, nor in particular diagnostic subgroups.

DISCUSSION

Pertinent literature provides fairly clear-cut data on higher incidence of depressiveness in bulimia, anorexia with bulimic symptoms than in anorexia nervosa – restrictive type. Data concerning severity of depressiveness in these groups of disorders are less clear-cut. In most publications, higher incidence of depression is associated with greater severity thereof⁽¹⁶⁻²¹⁾. Results obtained confirm earlier observations about significant

	N	Średnia Mean	Odchylenie standardowe Standard deviation	Błąd standardowy Standard error
KON	85	10,40	8,55	,928
ANR	53	17,34	10,91	1,50
ANB	19	28,05	14,69	3,37
BUL	36	28,92	11,47	1,91
DEP	35	23,46	13,93	2,35

Tabela 1. Wyniki kwestionariusza BDI

Table 1. Scores obtained at the BDI questionnaire

	ANR	ANB	BUL	DEP
KON	-6,94* ,002	-17,65* ,001	-18,52* ,000	-14,27* ,000
ANR		-10,71 ,073	-11,58* ,000	
BUL				

W oparciu o średnie obserwowane.
Based on mean observed scores.
* Różnica średnich jest istotna na poziomie ,05.
* Difference between mean values is significant at the level of 0.05.

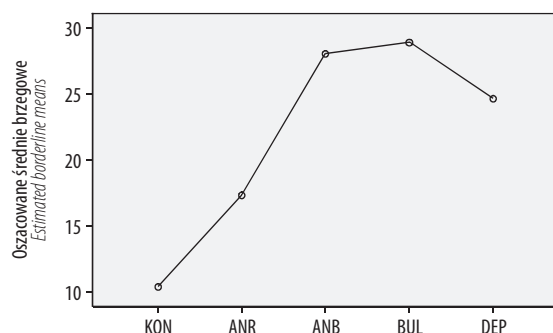
Tabela 2. Porównania wielokrotne – test Tamhane'a

Table 2. Multiple comparisons: the Tamhane post hoc test

Dane co do nasilenia depresyjności w powyższych grupach zaburzeń są już jednak mniej jednoznaczne. Przeważają badania, w których większa częstość występowania depresji wiąże się z większym jej nasileniem⁽¹⁶⁻²¹⁾. Otrzymane wyniki wspierają wcześniejsze obserwacje o znaczących różnicach pomiędzy poszczególnymi typami zaburzeń w odżywianiu się, w tym zwłaszcza pomiędzy dziewczętami z objawami anoreksji prezentującymi objawy restrykcyjne i żarłoczno-wydalające^(11,22).

W omawianych badaniach w grupie pacjentek z bulimią zwraca uwagę brak zależności między depresyjnością a następującymi skalami OSIQ: Postrzeganie relacji rodzinnych, Radzenie sobie, Wykształcenie i cele zawodowe oraz Dobre przystosowanie. W tym kontekście warto przytoczyć wyniki badań dotyczących obrazu siebie u pacjentek z bulimią i depresją (rys. 2)⁽¹¹⁾. Analiza ujawniła brak istotnych statystycznie różnic między grupą BUL a DEP w tych samych skalach OSIQ, a więc w skali Postrzeganie relacji rodzinnych, Radzenie sobie, Wykształcenie i cele zawodowe oraz Dobre przystosowanie. Pacjentki z obu grup powyższe aspekty siebie postrzegały bardzo negatywnie, krytycznie oceniając swoje funkcjonowanie w relacjach rodzinnych, kwestionując kompetencje społeczne i możliwości radzenia sobie w przyszłości, w tym realizowania planów zawodowych.

Zestawienie otrzymanych wyników wskazuje, że negatywny obraz siebie u pacjentek z bulimią zasadniczo nie jest powiązany z depresyjnością. Wydaje się, że wynik ten uwzględnia sposób, w jaki pacjentki z bulimią konstruują obraz siebie, rodziny



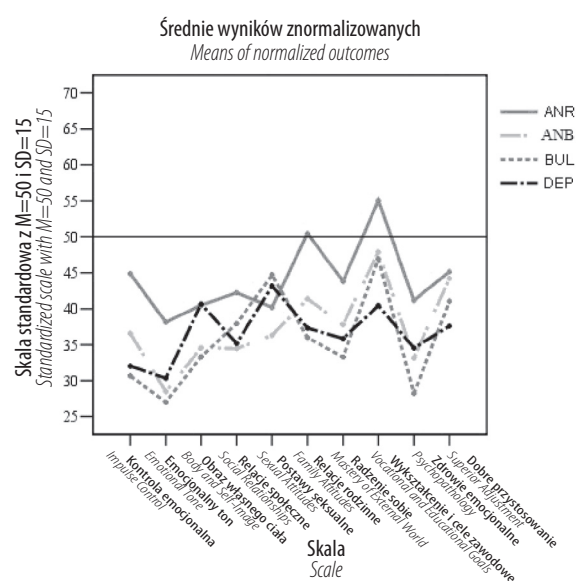
Rys. 1. BDI – Oszacowane średnie brzegowe

Fig. 1. BDI – estimated borderline means

differences between particular types of eating disorders, especially between girls with signs of anorexia presenting restricting and binge eating/purging symptoms^(11,22).

In these studies, bulimic patients are noteworthy because of lack of correlation between depressiveness and the following OSIQ subscales: Family Attitudes, Mastery of External World, Vocational and Educational Goals and Superior Adjustment. In this context, noteworthy are results of studies concerning self-image in female patients with bulimia and depression (fig. 2)⁽¹¹⁾. Analysis revealed lack of significant differences between the groups BUL and DEP in the same OSIQ subscales, i.e. Perception of Family Attitudes, Mastery of External World, Vocational and Educational Goals and Superior Adjustment. These aspects were perceived utterly negatively by patients from both groups, who considered their functioning in familial relations as poor, questioned own social competence and future coping abilities, including ability to fulfil professional goals.

Compilation of results obtained indicates that negative self-image of patients with bulimia is fundamentally not associated with depressiveness. It appears that this result reflects the way bulimic patients construct an image of self, family and world,



Rys. 2. Wyniki przeliczone pacjentek w OSIQ Offera

Fig. 2. Calculated scores at the OSIQ questionnaire

i świata, i jest to zbieżne z obrazem podzielanym przez innych członków rodziny⁽²²⁾. Koresponduje to z obserwacjami badaczy i klinicystów, którzy zwracają uwagę, że występujące w rodzinach pacjentek bulimicznych konflikty, trudności w komunikacji, brak emocjonalnego wsparcia, trudności w braniu odpowiedzialności, w pełnieniu ról, w sposobach rozwiązywania sytuacji problemowych są dostrzegane przez pacjentki (a także innych członków rodziny) i wpływają na negatywną ocenę wzajemnych relacji oraz rodziny jako całości⁽²³⁻²⁸⁾. Warto w tym kontekście przypomnieć, że często pacjentki z bulimią jako dzieci są obciążone odpowiedzialnością za rozwiązywanie trudności rodzinnych i małżeńskich, a także że wiele z nich doświadczyło braku poszanowania granic oraz naruszenia prywatności, co dotyczy zarówno przemocy seksualnej, jak i przemocy psychicznej^(6,29).

Jeżeli chodzi o pacjentki z rozpoznaniem depresji, to krytyczny obraz siebie jest powiązany z depresyjnością. Negatywny obraz siebie może być uznany w szerszym kontekście za składową część zespołu depresyjnego. Z perspektywy psychodynamicznej niskie poczucie wartości może być związane z depresyjnością na szereg sposobów. Umniejszanie swojej wartości przez pacjentów w depresji rozumiane jest jako konsekwencja skierowanej przeciwko sobie złości, posiadania surowego kającego super-ego, przeżywania siebie w oparciu o wczesne traumy więzi jako osoby niewartej miłości⁽⁶⁾. Poczucie niskiej wartości, zwłaszcza w okresie rozwojowym, może być też nie tyle wynikiem depresji, ile czynnikiem ją inicjującym^(30,31).

Podsumowując, można postawić tezę, iż u podstaw negatywnego spostrzegania wymienionych obszarów obrazu siebie u pacjentek z bulimią i depresją mogą leżeć odrębne mechanizmy.

and that this is concordant with image shared by other members of their family⁽²²⁾. This corresponds with opinions of investigators and clinicians, who emphasise that conflicts existing in the families of bulimic patients, difficulties with communication, lack of emotional support, difficulties with taking responsibility, fulfilment of social roles, ways of solving difficult situations, are perceived by patients themselves and other members of the family and contribute to a negative evaluation of mutual relations and of family as a whole⁽²³⁻²⁸⁾. In this context noteworthy is that patients with bulimia in their early childhood were often made responsible for solving familial and marital problems, and that many of them experienced lack of respect for limits and violation of privacy, including sexual and mental violence^(6,29).

In the case of patients with depression, negative self-image is associated with depressiveness. Negative self-image may be considered, in a broad sense, as a component of the depressive syndrome. From the psychodynamic point of view, low self-esteem may be associated with depressiveness in several ways. Belittling own value by depressive patients is understood as a consequence of anger directed against them, existence of a strict and punishing superego, experience of self in the context of previous traumatic bonds as a person not deserving love⁽⁶⁾. Low self-esteem, particularly during the developmental age, may be not the effect of depression, but rather a factor initiating it^(30,31).

To sum up we may propose a thesis that different mechanisms may be the source of negative perception of the above-mentioned aspects of self-image in patients with bulimia and depression.

	KON	ANR	ANB	BUL	DEP
OSIQ	BDI				
Skala 1. Kontrola impulsów <i>Scale 1. Impulse Control</i>	-,538**	-,599**		-,424*	-,444**
Skala 2. Emocjonalny ton <i>Scale 2. Emotional Tone</i>	-,645**	-,774**	-,595**	-,547**	-,752**
Skala 3. Obraz własnego ciała <i>Scale 3. Body and Self-Image</i>	-,699**	-,639**	-,731**	-,375*	-,686**
Skala 4. Relacje społeczne <i>Scale 4. Social Relationships</i>	-,540**	-,656**		-,399*	-,511**
Skala 6. Postawy seksualne <i>Scale 6. Sexual Attitudes</i>		-,567**		-,404*	
Skala 7. Relacje rodzinne <i>Scale 7. Family Attitudes</i>	-,447**				-,402*
Skala 8. Radzenie sobie <i>Scale 8. Mastery of External World</i>	-,554**	-,627**			-,586**
Skala 9. Wykształcenie i cele zawodowe <i>Scale 9. Vocational and Educational Goals</i>	-,462**				-,503**
Skala 10. Zdrowie emocjonalne <i>Scale 10. Psychopathology</i>	-,660**	-,758**	-,663**	-,538**	-,638**
Skala 11. Dobre przystosowanie <i>Scale 11. Superior Adjustment</i>	-,460**	-,408**			-,421*
* Różnica średnich jest istotna na poziomie ,05. ** Różnica średnich jest istotna na poziomie ,01. * Difference of means is significant at the level of 0.05. ** Difference of means is significant at the level of 0.01.					

Tabela 3. Korelacje między depresyjnością a obrazem siebie

Table 3. Correlations between depressiveness and self-image

W przypadku pacjentek z anoreksją restrykcyjną brak zależności pomiędzy wynikami BDI a OSIQ dotyczył dwóch skal: skali Relacje rodzinne oraz skali Wykształcenie i cele zawodowe. Warto zaznaczyć, że dziewczęta z grupy ANR uzyskały w powyższym badaniu w skalach Relacje rodzinne oraz Wykształcenie i cele zawodowe wyniki świadczące o lepszym obrazie siebie nawet od dziewcząt zdrowych. Podobnie bardzo pozytywnie postrzegają one swoje relacje rodzinne w Kwestionariuszu Relacji Rodzinnych Cierpki, co można interpretować jako wynik działania mechanizmów obronnych typu zaprzeczanie i idealizacja⁽²²⁾. Wydaje się, że brak zależności pomiędzy BDI a skalami OSIQ może być wynikiem kompensacyjnego perfekcyjnego dopracowanych planów życiowych oraz zaprzeczania trudnościom rodzinnym^(6,10,22). Podobną zresztą wątpliwość można mieć w kontekście otrzymanego w tej grupie stosunkowo niskiego wyniku BDI. Omawiane wyniki kwestionariuszowe uzyskane przez dziewczęta z grupy anoreksji restrykcyjnej w zestawieniu z wyniszczającymi ciało, groźnymi dla życia i przerażającymi bliskich objawami anoreksji wydają się przejawem raczej stosowanych obron niż adekwatnej samooceny stanów emocjonalnych^(10,11,22). Warto tu zaznaczyć, że w badanej grupie dziewcząt z objawami anoreksji restrykcyjnej aż 50% uzyskało w kwestionariuszu samooceny zaburzeń odżywiania się EAT26 wynik wskazujący na niskie ryzyko występowania u nich zaburzeń odżywiania się⁽³²⁾.

Grupa ANB uzyskała wynik BDI zbliżony do grupy BUL i DEP. Mała ilość statystycznych zależności między BDI a OSIQ nie pozwala na bardziej szczegółowe analizy wyników dziewcząt z bulimicznymi cechami jadłowstrętu psychicznego. Otrzymany wynik może świadczyć o pośrednim, niehomogenicznym charakterze tej grupy. Podobne usytuowanie pomiędzy grupą ANR a BUL dziewcząt z grupy ANB było widoczne w innych analizach niniejszego materiału klinicznego^(11,22).

Dalszych analiz wymaga ocena, w jakim stopniu obraz siebie jest zmienną wrażliwą na związki z depresyjnością. Związek depresyjności z wynikami kwestionariusza EDI badającego zaburzenia odżywiania się był już obserwowany⁽³³⁾. Jest to jednak skala biorąca pod uwagę również pewne szersze aspekty samooceny. Poza omawianymi powyżej wątpliwościami co do charakteru depresyjności w okresie rozwojowym oraz relacji między depresyjnością a zaburzeniami odżywiania się należy też rozważyć, czym w istocie jest depresyjność mierzona BDI. BDI okazuje się narzędziem o wysokim stopniu predyktywności oceny występowania depresji zarówno w badaniach klinicznych, jak i populacyjnych w populacji rozwojowej⁽³⁴⁻³⁶⁾. Nadal można się jednak spotkać z poglądami o specyficznym, rozwojowym charakterze przynajmniej niektórych przypadków depresji w okresie adolescencji. Mogą one być wyrazem pewnych trudności o charakterze osobowościowym, skutkujących w przyszłości raczej problemami adaptacyjnymi niż objawami depresji⁽³⁷⁾. Brak tendencji do rozpoznawania zaburzeń osobowości w okresie rozwojowym każe zadać pytanie o związek poznawczo przeżywanego depresyjności z poczuciem pustki emocjonalnej u osób z cechami osobowości *borderline* czy wieczną frustracją w związku z brakiem zadowolenia z siebie u osób z cechami narcystycznymi. Zły obraz siebie oraz depresyjność może charakteryzować zarówno pacjentów z zespołami depresyjnymi, jak i z patologią osobowości typu *borderline*⁽³⁸⁾.

In the case of patients with anorexia nervosa – restrictive type, lack of correlation between BDI and OSIQ scores concerned two scales: Family Attitudes and Vocational and Education Goals. Noteworthy is that in Family Attitudes and Vocational and Professional Goals' scales, scores obtained by girls from the ANR group indicate better self-image than in healthy girls. Similarly, they perceived very well their familial relations, as assessed by the Cierpka Family Relationships' Questionnaire, which may be interpreted as an effect of defence mechanisms of the negation and idealisation type⁽²²⁾. It would appear that lack of correlation between BDI and OSIQ scales may result from compensational perfectly elaborated life-plans and negation of familial difficulties^(6,10,22). However, similar doubts may arise in the context of low BDI score obtained in this group. Questionnaire-based data obtained from girls with anorexia nervosa – restrictive type, when confronted with life-threatening, body-wasting and horrifying for closest relatives symptoms of anorexia, appear to result more from defence mechanisms implemented than from adequate self-appraisal of emotional status^(10,11,22). Noteworthy is that in our population of girls with anorexia nervosa – restrictive type, as much as 50% obtained scores indicating low risk for eating disorders in the EAT26 questionnaire focused on eating disorders⁽³²⁾.

BDI score in the ANB group was similar to that obtained in the BUL and DEP groups. Small number of statistical correlations between BDI and OSIQ does not allow for more detailed analyses of results obtained in anorectic girls with bulimic features. Our results may attest to an intermediate, non-homogenous character of this group. Similar allocation of girls with ANB in between those with ANR and BUL disorders was visible also in other analyses of this clinical material^(11,22).

To what extent self-image as a variable is exposed to associations with depressiveness, still requires further analyses. Association of depressiveness with scores obtained at the EDI questionnaire, exploring eating disorders, was already noticed⁽³³⁾. However, this scale takes into account some much broader aspects of self-image. Apart of the above-mentioned doubts concerning the mere character of depressiveness in the developmental age and relations between depressiveness and eating disorders, the question arises: what in fact is depressiveness measured by the BDI scale. BDI proved to be an instrument enabling a high degree of predictability for the prevalence of depression, both in clinical and in community-based studies in developmental-age populations⁽³⁴⁻³⁶⁾. Nevertheless, opinions still appear about a specific, developmental character of at least some cases of depression in the adolescents. This may reflect personality-associated problems, resulting in adaptation problems rather than depression in the future⁽³⁷⁾. Aversion to diagnose personality disorders in the developmental age makes us to pose the question about association between cognitively experienced depressiveness with a sense of emotional emptiness in persons with borderline personality or eternal frustration due to lack of satisfaction with one-self in persons with narcissistic features. Poor self-image and depressiveness may be seen both in patients with depression syndromes and with pathological personality of borderline type⁽³⁸⁾.

WNIOSKI

Otrzymane wyniki wskazują na niejednorodność grupy zaburzeń odżywiania się w kontekście samooceny obecności objawów depresyjnych mierzonej BDI. We wszystkich badanych grupach klinicznych w obrębie zaburzeń odżywiania się, depresji oraz w grupie dziewcząt zdrowych dominującą zależnością było powiązanie narastającej depresyjności mierzonej BDI z pogorszeniem obrazu siebie mierzonego OSIQ. Pomimo wątpliwości co do kierunku i charakteru tej zależności różnice w nasileniu depresyjności pomiędzy poszczególnymi typami zaburzeń odżywiania się mogą wpływać na obserwowane różnice w obrazie siebie w badanych grupach. Zarazem niektóre specyficzne dla poszczególnych grup diagnostycznych aspekty obrazu siebie pozostają niepowiązane z depresyjnością.

PIŚMIENNICTWO:
BIBLIOGRAPHY:

1. Koenig L., Howard K.I., Offer D., Cremerius M.: Psychopathology and adolescent self-image. *New Dir. Ment. Health Serv.* 1984; (22): 57-71.
2. Wolska M.: Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. W: Józefik B. (red.): *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 63-68.
3. Bruch H.: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Basic Books, New York 1973.
4. Drozdowski P.: Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się. W: Bomba J., Józefik B. (red.): *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2003: 55-66.
5. Bers S.A., Blatt S.J., Dolinsky A.: The sense of self in anorexia-nervosa patients: a psychoanalytically informed method for studying self-representation. *Psychoanal. Study Child* 2004; 59: 294-315.
6. Gabbard G.O.: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, London 2005: 345-379.
7. Casper R.C., Offer D., Ostrov E.: The self-image of adolescents with acute anorexia nervosa. *J. Pediatr.* 1981; 98: 656-661.
8. Steinhausen H.C., Vollrath M.: The self-image of adolescent patients with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; 13: 221-227.
9. Erkolahti R.K., Saarijärvi S., Ilonen T., Hagman H.: Self-image of anorexic and bulimic female adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 2002; 56: 447-450.
10. Iniewicz G.: Obraz siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39: 709-717.
11. Pilecki M., Józefik B.: Self-image of girls with different subtypes of eating disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2008; 10: 17-22.
12. Offer D., Ostrov E., Howard K.I., Atkinson R.: *The Teenage World. Adolescents' Self-Image in Ten Countries*. Plenum Medical Book Company, New York, London 1988.
13. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. i wsp.: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
14. Offer D., Ostrov E., Howard K.I.: Patterns of adolescent self-image. *New Dir. Ment. Health Serv.* 1984; (22).
15. Badura-Madej W., Bomba J., Hagman H. i wsp.: Self-image of adolescents and adolescent depression. Comparative study of Finnish and Polish adolescents. 10. Sympozjum

CONCLUSIONS

Results obtained indicate a heterogeneity of patients with eating disorders in the context of self-image and presence of depressive symptoms as measured by BDI. In all clinical groups analysed, both with eating disorders, depression and in healthy girls, the predominating correlation was association of increasing depressiveness as measured by BDI with deterioration of self-image as measured by OSIQ. In spite of doubts concerning direction and character of this dependency, differences in severity of depression between particular types of eating disorders may influence differences in self-image in the groups studied. Furthermore, some aspects of self-image specific for particular diagnostic groups are not linked with depression.

Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Współczesne dzieciństwo i adolescencja. Materiały konferencyjne, Kraków 16-19.09.1988 r.

16. Williamson D.A., Kelley M.L., Davis C.J. i wsp.: Psychopathology of eating disorders: a controlled comparison of bulimic, obese, and normal subjects. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1985; 53: 161-166.
17. Katzman M.A., Wolchik S.A.: Bulimia and binge eating in college women: a comparison of personality and behavioral characteristics. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1984; 52: 423-428.
18. Garner D.M., Garfinkel P.E., O'Shaughnessy M.: The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 1985; 142: 581-587.
19. Casper R.C.: Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosom. Med.* 1990; 52: 156-170.
20. Kennedy S.H., Kaplan A.S., Garfinkel P.E. i wsp.: Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *J. Psychosom. Res.* 1994; 38: 773-782.
21. Żechowski C.: *Objawy psychopatologiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania się*. Praca doktorska, promotor: prof. I. Namysłowska. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.
22. Józefik B.: *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
23. Gröne M.: *Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie*. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg 2003.
24. Humphrey L.L.: *Family relationships*. W: Halmi K.A. (red.): *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC 1994.
25. Kog E., Vandereycken W.: Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: a review of the research literature. *Clin. Psychol. Rev.* 1985; 5: 159-180.
26. Weber G., Stierlin H.: *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Mager-suchtfamilie*. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg 1991.
27. Vandereycken W.: *History of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. W: Fairburn C.G., Brownell K.D. (red.): *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Wyd. 2, Guilford Press, New York, London 2002.
28. Vandereycken W.: *Families of patients with eating disorders*. W: Fairburn C.G., Brownell K.D. (red.): *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive handbook*. Wyd. 2, Guilford Press, New York, London 2002.

29. Józefik B., Ulańska R.: Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 88-104.
30. Kępiński A.: Melancholia. PZWL, Warszawa 1974.
31. Bomba J.: Depresja u młodzieży. Analiza kliniczna. Psychiatr. Pol. 1982; 16: 25-30.
32. Pilecki M., Józefik B.: Postawy związane z odżywianiem się w anoreksji oraz bulimii psychicznej. XLII Zjazd Psychiatrów Polskich „Miejsce psychiatrii wśród nauk medycznych”. Streszczenia prac. Psychiatr. Pol. 2007; 3 supl.: 42.
33. Milos G., Spindler A., Schnyder U.: Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. Can. J. Psychiatry 2004; 49: 179-184.
34. Teri L.: The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. J. Abnorm. Child Psychol. 1982; 10: 277-284.
35. Barrera M. Jr, Garrison-Jones C.V.: Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. J. Abnorm. Child Psychol. 1988; 16: 263-273.
36. Bennett D.S., Ambrosini P.J., Bianchi M. i wsp.: Relationship of Beck Depression Inventory factors to depression among adolescents. J. Affect. Disord. 1997; 45: 127-134.
37. Bomba J., Modrzejewska R., Pilecki M., Ślosarczyk M.: Adolescent depression as a risk factor for the development of mental disorders. A 15-year prospective follow-up. Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2004; 6: 5-14.
38. Pinto A., Grapentine W.L., Francis G., Picariello C.M.: Borderline personality disorder in adolescents: affective and cognitive feature. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 1338-1343.

XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich „Świat współczesny a psychiatria”

23-26 czerwca 2010 r.

Miejsce: Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Wydawnictwo Termedia

Zgłoszenia abstraktów:

- wystąpienia ustne – do 31 stycznia 2010 r.
- wystąpienia plakatowe – do 28 lutego 2010 r.

Oплата rejestracyjna	do 15.01.2010 r.	od 16.01.2010 r.
Członkowie PTP	400 zł	500 zł
Emeryci i renciści	250 zł	350 zł
Studenci do 26. roku życia	150 zł	200 zł
Osoby towarzyszące	200 zł	300 zł
Pozostałe osoby, w tym członkowie PTP, którzy nie płacą składek	500 zł	600 zł
Udział w bankiecie	60 zł	60 zł

UWAGA!

Osoby zgłaszające udział w zjeździe, które dokonają rejestracji na stronie www.konferencje.termedia.pl, otrzymają 5% upustu.

Prosimy o wpłaty na konto: Termedia sp. z o.o., Bank Zachodni WBK S.A. III Oddział Poznań, 30 1090 1359 0000 0001 0559 9169 (z dopiskiem Zjazd Psychiatrów Polskich)

Zarejestrować się można:

- wysyłając e-mail na adres: szkolenia@termedia.pl
- zgłaszając udział na www.termedia.pl
- wysyłając faks na nr: 061 656 22 00

Ostateczny termin przyjmowania wpłat przelewem upływa 16 czerwca 2010 r.

Po tym terminie istnieje możliwość uiszczenia opłaty w biurze Zjazdu.

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks: 061 656 22 00, e-mail: szkolenia@termedia.pl

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.